N° 6
16.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES INGUINALES GAUCHES

CONTENANT LE COECUM ET L'APPENDICE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Novembre 1906

PAR

Louis FERLUT

Né à Lavoûte-Chilhac (Haute-Loire), le 23 décembre 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE Gust. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1906

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

L. FERLUT.

AVANT-PROPOS

Pendant le mois de juillet dernier, nous avons observé, dans le service de M. Estor, un cas de hernie qui nous a particulièrement frappé. Il s'agissait d'un enfant de 16 mois amené à l'hôpital pour une hernie inguinale gauche, présentant des phénomènes d'étranglement. L'intervention immédiate montra, au grand étonnement des assistants, que ce sac herniaire gauche contenait le cœcum et l'appendice. Ce cas nous parut assez rare et nous inspira l'idée de rechercher des observations analogues et d'essayer de nous rendre compte du mécanisme de ces hernies. Avec les faibles ressources bibliographiques dont nous disposions nous avons pu cependant réunir 34 observations de cette variété de hernie. Grâce à elles, nous pourrons faire une étude d'ensemble et nous essayerons surtout de mettre en lumière la simplicité relative de la formation de ces hernies cœcales à gauche. A voir si rarement, en effet, le cœcum et l'appendice dans les hernies gauches, on pourrait croire que des circonstances ou des malformations exceptionnelles sont nécessaires pour les y amener. On pourrait s'attendre à trouver, par exemple, une inversion de viscères, un arrêt de développement dans l'évolution du cœcum qui n'aurait pas quitté la fosse iliaque gauche. La réalité est beaucoup plus simple et nous verrons, dans le cours de cette étude, que les hernies gauches cœcales et ap-

pendiculaires sont seulement de très grosses hernies qui contiennent cœcum et appendice pour la raison que la plupart des viscères abdominaux se trouvent dans leur sac. D'autres fois, le cœcum et même le côlon, grâce à des mésos particulièrement longs, peuvent arriver jusqu'au canal inguinal du côté gauche. Telle est l'idée essentielle que nous avons l'intention d'exposer, elle n'est certes pas nouvelle et a été soutenue par Scarpa, et de nos jours successivement par Broca, Pujol, Reynier, Renault dans leurs communications, mémoires ou thèse. Nous avons voulu réunir, discuter et synthétiser leur opinion, grâce à l'appui des 34 observations que nous avons pu recueillir. Voici comment nous avons divisé le sujet :

Dans le chapitre premier, nous esquissons un rapide historique de la question.

Dans le chapitre II, nous groupons quelques statistiques et les diverses conditions étiologiques : âge, sexe, fréquence, rapports avec les autres hernies.

Le chapitre III, le plus important, est consacré à l'étude du mécanisme.

Le chapitre IV est consacré à l'étude anatomique de la hernie cœcale gauche et de ses diverses variétés.

Dans le chapitre V sont réunis les symptômes et les particularités cliniques, le diagnostic et le pronostic.

Le chapitre VI est consacré au traitement.

Viennent enfin nos observations et nos conclusions.

Nous voulons cependant, avant d'aborder le sujet, remercier M. le professeur Estor d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier qui nous ont éclairé de leurs conseils, sans oublier MM. les profes-

seurs de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand où nous avons commencé nos études.

MM. Lambert et Guiraud, internes des Hôpitaux, nous ont guidé de leurs conseils dévoués, qu'ils reçoivent l'expression de notre amitié et de notre reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES INGUINALES GAUCHES

CONTENANT LE CŒCUM ET L'APPENDICE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La présence du cœcum et de l'appendice dans une hernie gauche est un fait assez étrange pour étonner le médecin au cours, soit d'une intervention, soit d'une autopsie. Aussi il est probable que peu de ces observations sont passées inaperçues. Les premières en date sont très anciennes ; nous rapportons (Ob. I), à la suite de Hedrich, celle de Méry (1701) et celle de Camper (1762). Faisons remarquer en passant que, malgré l'affirmation de Longuet, la hernie de l'appendice et du cœcum a été signalé par Camper (*Progrès Médical*, 27 *octobre* 1906), bien avant Morgagni.

Cependant, pour trouver un travail d'ensemble, il faut attendre jusqu'en 1868 où paraît la thèse de F. Klein rapportant cinq observations.

Pfister, en 1883, L. Vogt, en 1884, apportent chacun une observations personnelle.

En 1889, Hedrich publie, dans la *Gazette Médicale de Strasbourg*, un très important mémoire dans lequel il collige 13 observations (et non 28 comme le croit Renault) et en rapporte une inédite de Bœckel.

A partir de ce moment, les observations isolées se succèdent.

Broca, en 1891, présente à la Société anatomique un cas de hernie cœcale gauche suivi d'autopsie. Puis viennent les observations de Nové-Josserand (1892), Jayle (1893), Courtin (1893), Dubar (1894), Esprit (1895), Pujol (1896).

Quelque temps après, le même Pujol publie, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une revue générale à peu près complète, dans laquelle il cite, en plus des 14 observations de Hedrich, les 7 que nous venons d'énumérer.

A la fin de la même année, Reynier fait une communication à la Société de Chirurgie sur l'observation de Courtin qui avait déjà été publiée (1893).

En 1898, Hügel rapporte un nouveau cas dans la *Gazette Médicale de Strasbourg*.

La même année, nous relevons deux observations nouvelles dans la thèse de Paul Renault.

Enfin, en 1902, nous notons une communication de Potherat à la Société de Chirurgie et dans la Revue générale de M. Estor sur les hernies étranglées du nourrisson nous avons pu trouver 8 cas nouveaux.

Il faut attendre jusqu'en 1906 pour trouver de nouvelles études.

Silhol publie dans le *Marseille Médical* un travail sur la hernie cœcale et appendiculaire à gauche et à droite.

En août 1906, Lambert rapporte, dans le *Montpellier Médical*, le cas que nous avons observé dans le service de M. Estor et réunit à propos de ce cas 35 observations. Le chiffre

exact est en réalité 34, la même observation de Courtin publiée à plusieurs reprises étant comptée deux fois.

La publication la plus récente ayant rapport avec la hernie cœcale gauche date du 27 octobre 1906. C'est un article de M. Longuet, dans le *Progrès Médical*, sur « l'appendice d'après les morgagniens ».

« Trois fois pourtant, dit-il, le vermium sortit par l'orifice inguinal gauche », n° 21 (cas de Hügel déjà signalés), n° 47 (cas de Charyan), n° 57 (cas de de Braddley). Ces trois observations nous sont d'ailleurs déjà connues (mémoires de Hedrich et d'Estor). Par conséquent, le total auquel nous arrivons actuellement est de 34 observations.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Avant d'exposer le mécanisme des hernies cœcales gauches, il nous paraît bon de dire un mot des conditions étiologiques et de faire quelques recherches statistiques sur la fréquence de l'affection, le sexe et l'âge des malades, etc.

Par rapport à toutes les hernies, les hernies cœcales gauches sont d'une rareté extrême, puisque nous n'avons pu en réunir que 34 cas et que la hernie est l'affection chirurgicale la plus commune. Un rapport intéressant est celui des hernies cœcales gauches et droites.

Diverses proportions ont été établies par tous les auteurs qui se sont occupés de la question. Hedrich a trouvé 14 hernies gauches pour 50 hernies droites. Pour cet auteur, le pourcentage est donc de 23 % et non 28 % comme le dit Reynier.

Lambert a relevé, dans le service de M. le professeur Estor, 127 cas de hernie inguinale, opérées sur des enfants de moins de 15 ans, il a trouvé 10 hernies du cœcum, dont une à gauche, soit une proportion de 11 %.

Dans l'article de Longuet sont rapportées 71 observations d'appendicocèle sans ou avec le cœcum ; dans trois de ces cas la hernie était à gauche, ce qui nous donne un pourcentage de 2,8 %.

Nous pourrions, à notre tour, établir un pourcentage total, en combinant ces trois statistiques, il suffirait de comparer aux 34 hernies cœcales gauches la totalité des hernies cœcales droites. Mais il s'en faut de beaucoup que la hernie cœcale soit d'une extrême rareté, comme le dit Longuet, chaque année, dans les services de chirurgie, on en observe plusieurs cas qu'on ne publie naturellement pas, de sorte que ces pourcentages précédents sont évidemment exagérés. Seule la statistique de Lambert, qui tient compte de toutes les hernies d'un service, est rationnelle, mais un seul cas est-il suffisant pour une statistique ? Ce cas est, sans doute, un effet du hasard et peut-être M. Estor restera-t-il 20 ans sans en observer une autre.

Comme toutes les hernies inguinales, les hernies cœcales gauches sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Sur les 21 cas de Pujol, 4 seulement se rapportent à des femmes.

Tous les cas nouveaux que nous rapportons avec Lambert se rapportent à des hommes, par conséquent la proportion est de 4 femmes pour 34 hommes.

Les considérations sur l'âge des malades atteints de hernie cœcale gauche sont particulièrement intéressantes. On trouve les hernies cœcales gauches chez les enfants et les vieillards, aux deux extrêmes de la vie. Notre observation X seule se rapporte à une femme de 41 ans. Nous trouvons dans nos 34 observations, 13 enfants, soit des nourrissons, soit des enfants de 4 ou 5 ans et 19 vieillards de 55 à 80 ans et plus, dans trois observations l'âge n'est pas indiqué. Il suffit, d'ailleurs, de se rapporter à notre tableau pour trouver l'âge et le sexe de tous les cas. Nous devons conclure de cette particularité que la jeunesse extrême et la vieillesse sont des conditions étiologiques importantes. Nous montrerons dans le mécanisme que, chez l'enfant, la situation du cœcum, loin d'ê-

tre fixe, est assez variable, souvent on trouve cet organe dans le petit bassin ; de là à l'orifice inguinal gauche il n'y a pas loin ; de même chez le vieillard, la présence du cœcum à gauche s'explique par le volume considérable des hernies.

Parfois, certaines malformations peuvent jouer le rôle de causes favorisantes. Pujol signale, avec raison, les déviations de la colonne vertébrale. Dans une observation de Bonn, n° II, le malade présentait « une déviation de la colonne » vertébrale vers le côté gauche et du bassin vers le côté » droit, en sorte que par cette infirmité, le cœcum a évidemment été déplacé ». Dans ce cas, la distance transversale du cœcum et de l'orifice inguinal gauche était notablement diminués. Dans un autre c'est la distance verticale. Dans l'autopsie de Von Arx (Obs. XII), une xyphose très prononcée de la colonne vertébrale faisait descendre le bord inférieur des fausses côtes jusqu'à la crête iliaque. Le cœcum était aussi, de cette façon, rapproché de la fosse iliaque gauche.

Dans certains cas, la hernie gauche coïncide avec une hernie droite. On a alors émis l'hypothèse que le cœcum, d'abord contenu dans la hernie droite, aurait été ensuite attiré à gauche. Pujol pense que cette façon de voir est une explication même hypothétique. Nous croyons que ce stade de hernie cœcale à droite n'éclaircit pas la pathogénie et qu'il est aussi simple d'admettre que le cœcum va directement à gauche.

Telles sont les conditions qui favorisent la formation des hernies cœcales gauches. Voyons maintenant par quel mécanisme elles se produisent, c'est-à-dire leur pathogénie.

CHAPITRE III

PATHOGENIE

a) Anatomie

Quelques considérations anatomiques éclairciront la question.

Nous étudierons, en quelques mots : 1° la situation du cœcum et de l'appendice ; 2° leurs moyens de fixité, les variations de ces deux facteurs nous expliqueront un grand nombre de hernies cœcales gauches.

Au cours du développement, le cœcum, primitivement situé dans la fosse iliaque gauche, se déplace, reste pendant quelque temps dans l'hypocondre droit sous le foie pour occuper enfin sa situation définitive dans la fosse iliaque droite.

Mais il s'en faut de beaucoup que cette dernière position soit constante. Le cœcum peut encore continuer son mouvement de descente et siéger dans le petit bassin ou même de nouveau dans la fosse iliaque gauche.

M. F. Legueu (Soc. Anat., 1892), à l'occasion d'une position anormale du cœcum qui avait causé une erreur de diagnostic, a étudié les variations de forme et de position du cœcum chez l'enfant. Il cite la statistique de Engel. Sur 100 cas, cet auteur a trouvé 8 fois le cœcum situé profondément dans le petit bassin. Quant aux recherches de Legueu, elles

montrent que dans 45 % des cas le cœcum occupe une situation différente de celle qu'il doit occuper normalement. Chez 14 sujets sur 100 le cœcum se trouvait à la partie la plus déclive de l'excavation pelvienne, entre la vessie et le rectum ou entre la vessie et l'utérus.

Cette position basse du cœcum n'est pas particulière à l'enfant, puisque dans une autopsie de Michel (homme de 57 ans mort de tuberculose) « la fosse iliaque gauche donnait asile au cœcum qui s'y présentait tout à fait superficiel avec son appendice. Le cœcum était en rapport par sa face postérieure avec l'S iliaque et se trouvait réuni à ce segment intestinal par un mince ligament péritonéal de 4 à 6 centimètres. Le côlon ascendant se dirigeait de bas en haut et de gauche à droite vers la partie supérieure de l'abdomen..... Le revêtement péritonéal du cœcum était complet. L'organe était entouré de toutes parts par la séreuse et jouissait d'une mobilité que les connexions avec l'S iliaque ne restreignaient que fort peu. L'appendice était lui aussi recouvert par la séreuse qui lui formait un méso ».

Les variations de position de l'appendice sont encore plus nombreuses et plus marquées que celles du cœcum. On décrit, d'une manière classique, à l'appendice des positions haute, basse, rétro-cœcale, etc. ; retenons seulement pour notre sujet qu'il peut souvent occuper une situation pelvienne. Il est aussi utile de rappeler que les dimensions de l'appendice sont très variables, on en rencontre quelquefois qui atteignent 18 ou 20 centimètres de longueur et même davantage.

Mais il ne suffit pas d'étudier la position du cœcum et de l'appendice, il faut encore se rendre compte de la variabilité de leurs moyens de fixité. Comme tous les viscères abdominaux, ils sont appliqués contre la paroi par un repli du péritoine qui leur laisse une mobilité plus ou moins grande.

La partie postérieure et supérieure du péritoine cœcal gagne directement la fosse iliaque droite, constituant pour le cœcum un véritable ligament suspenseur plus ou moins résistant.

Le péritoine cœcal et appendiculaire a été l'objet d'un grand nombre de travaux.

Il est classique d'admettre, depuis les recherches de Tuffier et de Trèves, que le cœcum et l'appendice sont entièrement enveloppés par le péritoine et que la main peut en faire le tour comme elle fait le tour du cœur dans le péricarde.

Mais là encore l'opinion classique n'est qu'une moyenne et la réalité est beaucoup plus complexe. Si nous nous rapportons à l'étude de Legueu, nous pourrons encore distinguer plusieurs catégories de cœcum, au point de vue de leur revêtement péritonéal.

Dans la première, correspondant à l'ancienne description, le péritoine passe au-devant du côlon ascendant et du cœcum et les applique contre la paroi abdominale postérieure. Il n'y a, dans ce cas, que la face antérieure du cœcum recouverte par le péritoine, la face postérieure en est dépourvue.

Le plus souvent, on rencontre la disposition décrite par Tuffier et Trèves (45 %), le cœcum et l'appendice sont reliés à la paroi abdominale postérieure par un méso plus ou moins large.

Dans un grand nombre de cas, le cœcum et la moitié du côlon sont entièrement enveloppés par le péritoine. Parfois enfin, l'enveloppement du cœcum et du côlon est à peu près complet et un court méso rattache en haut ce dernier à la paroi abdominale postérieure. Dans quelques cas particuliers dont parle Legueu dans son étude, on a pu observer au cœcum et au côlon, non pas un méso court, mais très long et tout à fait comparable au mésentère. Ce dernier, long repli péritonéal, laisse à l'intestin qu'il enveloppe une grande

mobilité. Dans ces cas de méso-côlon et de méso-cœcum très étendus, les derniers organes peuvent se mouvoir à l'aise dans la cavité abdominale. C'est comme si le mésentère, au lieu de se terminer à la fin de l'iléon, se continuait jusqu'au côlon.

b) Mécanisme

Nous pouvons, avec ces rapides notions anatomiques, expliquer le mécanisme de la hernie que nous étudions. Ce problème a tenté la sagacité de nombreux auteurs. Chacun, Broca et Albert surtout, Esprit, Pujol, Renault ont proposé des explications complètes ou partielles. Pour nous, la présence du cœcum dans les hernies gauches, particularité tout à fait exceptionnelle, n'est pas toujours expliquée par une règle générale et peut, suivant les espèces, recevoir une explication particulière plus ou moins simple. Néanmoins, dans l'unanime majorité des cas, nous admettrons le mécanisme que Broca a exposé.

La présence de l'appendice dans une hernie cœcale se comprend parfois facilement. Cet organe peut être d'une longueur considérable, 18 ou 20 centimètres, et occuper une position pelvienne gauche. Des cas d'appendicite à gauche qui ne sont pas extrêmement rares prouvent la réalité de cette hypothèse. Dans cette position, il suffit qu'une hernie se forme pour que l'extrémité de l'appendice flottant dans la fosse iliaque gauche soit attiré dans le cul-de-sac herniaire. Nous pouvons citer des observations à l'appui de cette hypothèse ; en particulier, une, tirée de la thèse de Thariel en 1894. Dans ce cas, la hernie, pas très volumineuse, étranglée depuis peu, contenait 7 centimètres d'intestin grêle et *une partie de l'appendice*. L'appendice n'avait évidemment pas été attiré dans

ce sac herniaire par l'intestin grêle, parce que dans cette hypothèse le cœcum aurait dû être aussi dans la hernie.

Dans une autre observation (Obs. VII), le sac herniaire gauche contenait seulement l'appendice vermiforme à parois épaisses avec un étranglement au milieu.

L'appendice long, en position pelvienne, pénètrera d'autant plus facilement dans une hernie gauche, que le cœcum lui-même occupera une position plus inférieure. C'est bien le cas de l'observation précédente, dans laquelle le cœcum était logé derrière la symphyse et de là remontait vers l'ombilic contractant des adhérences cartilagineuses (?) avec la paroi abdominale antérieure.

Sans préciser le mécanisme de cette variété de hernie appendiculaire primitive à gauche, Pujol semble admettre sa possibilité, mais il en tire une conclusion inattendue. « L'appareil ligamenteux de l'appendice vermiculaire, dit-il, lui laissant une mobilité infiniment plus grande que celle très restreinte dont jouit le cœcum, peut-être pourrait-on admettre que, dans quelques cas, l'organe primitivement hernié a été précisément l'appendice, lequel aurait entraîné le cœcum à sa suite. » L'observation VI nous montre cette évolution.

Certes, il est facile de comprendre comment des anses grêles constamment pressées dans le sac herniaire par la poussée abdominale, élargiront sans cesse un sac herniaire qui reste naturellement rempli par un nombre croissant de viscères. Mais comment l'appendice si frêle et si léger pourrait-il entraîner le cœcum dans une hernie ? L'appendice suit le cœcum, mais le cœcum ne peut suivre l'appendice. Pour cela, il faudrait des adhérences de l'appendice avec le sac et une distension progressive du sac qui tendrait les adhérences, attirerait l'appendice et avec lui le cœcum. Dans aucune de nos 34 observations cette particularité n'est signalée.

Nous admettons donc l'existence de la hernie appendiculaire primitive, mais elle ne contiendra jamais le cœcum.

Ce que nous avons dit pour l'appendice peut-il être aussi affirmé pour le cœcum ? Autrement dit, existe-t-il des hernies cœcales primitives ? Contrairement à Broca, pour lequel toutes les hernies du cœcum sont secondaires à une hernie de l'intestin grêle qui s'est réduit de lui-même, nous pensons que la hernie cœcale primitive existe et même n'est pas très rare. Mais il faut la chercher, non chez l'adulte et le vieillard, mais chez l'enfant où le cœcum est beaucoup plus mobile. Tuffier aurait trouvé 2 cas de hernie cœcale primitive contre 36 de hernie cœcale secondaire. Nous ferons remarquer que dans 5 cas pris dans le travail de M. Estor, la hernie ne contenait que le cœcum et l'appendice. L'explication naturelle n'est-elle pas la suivante ? Le cœcum occupe une position pelvienne, il est plus mobile que d'habitude parce que le côlon possède un méso-côlon lâche ; si le canal vagino-péritonéal gauche du malade ne s'oblitère pas le cœcum pourra se loger dans ce sac herniaire congénital. Pour admettre que cette hernie est secondaire, il faudrait avec Broca supposer que l'intestin grêle avait fait hernie à un moment donné, mais que, vu sa réductibilité facile, il était rentré dans le ventre laissant derrière lui le cœcum irréductible. Or, nous verrons plus loin que, pour expliquer l'attraction secondaire du cœcum par l'intestin grêle, il faut de très volumineuses hernies à volume croissant qui se rencontrent presque exclusivement chez les vieillards. Les médecins ou les malades dont la hernie ne contenait que le cœcum et l'appendice n'auraient pas manqué de noter que la hernie très volumineuse auparavant avait beaucoup diminué. Dans aucun cas, au cours de l'opération chez les enfants, on n'a noté un sac herniaire très grand qui aurait du contenir une bonne partie de l'intestin grêle et le cœcum.

Pujol cite une cause de hernie cœcale directe qui doit être bien rare et s'appliquerait d'ailleurs exclusivement au côté droit. Le testicule et le cœcum rapprochés primitivement pourraient contracter des adhérences ; le testicule descendant dans le trajet inguinal entraînerait le cœcum à sa suite.

A notre avis, sur les 34 cas, il y aurait 2 hernies appendiculaires primitives (Obs. VII, Tariel, Broca) et 5 cœcales primitives (Dubar, W. Collis, Dugon, Charyan (Nantes), Estor). Toutes les autres seraient cœcales secondaires.

Il faut remarquer que toutes les hernies cœcales primitives ont été observées chez des enfants, ce qui s'explique chez eux, avons-nous dit, par la plus grande mobilité du cœcum et ses positions pelviennes (Legueu) et enfin par la persistance du canal vagino-péritonéal.

Mais dans l'immense majorité des cas, la hernie du cœcum succède à une hernie de l'intestin grêle. Albert et Broca ont clairement expliqué comment. Dans les hernies volumineuses, poussées pendant les efforts contre la paroi abdominale, les anses grêles distendent le sac, le contenu de l'entérocèle augmentant de plus en plus, et à la fin « c'est la dernière anse de l'intestin grêle qui forme le contenu des entérocèles, et quand le cœcum descend dans une hernie, c'est qu'il y est attiré presque toujours à la suite de cette anse ». Albert explique la même chose en quelques mots : « Le cœcum n'arrive dans la hernie que par la traction de l'intestin grêle. »

Dans ce cas encore de hernie cœcale secondaire, les variations dans la fosse et la position du cœcum, long méso-côlon, position basse, seront des causes prédisposantes. Il en est de même du relâchement général des viscères et des ligaments qui se rencontre chez le vieillard. Mais la hernie secondaire ne se rencontre pas que chez le vieillard. A part les quelques cas de hernie appendiculaire ou cœcale primitive que nous avons admis chez l'enfant, tous les autres sont secondaires.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET VARIETES

Les variétés anatomiques de la hernie cœcale gauche peuvent donner lieu à d'intéressantes discussions. Rappelons les types de hernie cœcale en général. Dans un premier groupe, on rencontre une hernie absolument comparable à la hernie de l'intestin grêle. Il y a un sac complet et le cœcum est complètement enveloppé de péritoine viscéral. Dans le second type, un peu plus complexe, le cœcum est réuni au sac par une adhérence non inflammatoire, mais anatomique, normale en quelque sorte, méso-côlon ou ligament suspenseur du cœcum. C'est l'adhérence charnue de Scarpa. L'explication de cette particularité est simple, le sac s'élargissant de plus en plus a attiré dans sa constitution le péritoine pariétal qui tapissait la fosse iliaque droite. Si la descente de ce péritoine pariétal continue, il attire dans le canal inguinal les organes situés en *dehors de lui*, mais lui adhérant, le côlon et le cœcum en particulier. Alors est réalisé un nouveau type à sac incomplet dans lequel on peut aborder le cœcum par deux voies : 1° une voie intra-sacculaire normale dans laquelle on rencontre le cœcum recouvert de son péritoine viscéral ; 2° une voie extra-sacculaire *juxta herniaire* par laquelle on tombe sur la tunique musculaire du cœcum non enveloppée évidemment de péritoine viscéral.

Dans des cas, très rares enfin et même contestables, il n'y aurait pas trace de sac et le cœcum et le côlon apparaîtraient au canal inguinal dépourvus de péritoine viscéral, plutôt à la suite d'une ptose que d'une hernie.

A quelle variété appartiennent les hernies cœcales à gauche ? Toutes, sauf une, sont des hernies à sac complet (Obs. IX, Steiger). Il est difficile, en effet, d'admettre à gauche l'existence de hernies sans sac ou même à sac incomplet. On peut, à la rigueur, comprendre qu'à la suite du côlon le cœcum, dépourvu de péritoine, descende dans le canal inguinal droit, mais pour arriver dans le canal gauche il aurait à faire un trajet sous-péritonéal véritablement trop long. C'est l'opinion de tous les auteurs depuis Hedrich. Pujol cite bien l'observation de Steiger, cette observation résumée est très difficile à interpréter. Pujol en fait une hernie de Littre, c'est-à-dire une hernie étranglée à pincement latéral. Il est difficile de savoir si cette hernie ne contenait pas d'anse grêle ou, au contraire, en contenait ; l'absence de sac serait dans ce cas inexplicable. Pour nous, nous admettons que les hernies cœcales gauches présentent toujours un sac et ne succèdent jamais à la ptose sous-péritonéale du côlon.

On rencontre parfois le cœcum complètement renversé, l'appendice regardant en haut. Cette étrange position pourrait sembler un argument en faveur de la ptose-colique primitive qui aurait provoqué la hernie du côlon entraînant d'abord sa face supérieure. Tuffier et Broca ont donné une explication bien plus rationnelle ; dans les hernies cœcales secondaires, le cœcum est attiré dans le sac par la traction de l'angle de l'iléon, c'est-à-dire aussi par sa face supérieure, il est donc tout à fait naturel de le voir quelquefois basculer. Nous avons déjà dit, à propos de la pathogénie, que le cœcum est parfois seul dans la hernie (parfois hernie primitive) et beaucoup

plus souvent en compagnie d'un grand nombre d'anses frêles.

Telles sont les variétés anatomiques des hernies cœcales ; il nous reste maintenant à étudier comment elles se manifestent cliniquement.

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE

a) Symptomes

L'aspect clinique des hernies cœcales gauches n'a évidemment rien de bien particulier. Cependant la lecture de nos observations permet de montrer qu'elles présentent quelques traits communs. Se rencontrant chez l'enfant et surtout chez le vieillard, dans l'immense majorité des cas secondaires à une hernie grêle, elles sont très volumineuses.

Chez le malade de l'observation IV, qui avait une hernie inguinale double, les deux hernies formaient en apparence une seule tumeur descendant jusqu'au genou et mesurant 90 centimètres de circonférence. Pour l'observation III, la hernie descendait jusqu'à mi-cuisse, etc... Ces très volumineuses hernies sont une véritable infirmité pour le malade, elles l'empêchent de se livrer à tout travail, provoquent sans cesse des coliques et des douleurs au cours de la digestion. Elles sont surtout intéressantes par les accidents qu'elles peuvent provoquer. Le plus fréquent est l'engouement. Il s'explique facilement par le volume de la hernie et la quantité considérable de contenu intestinal qui vient au moment de la digestion dilater la totalité des anses herniées. Assez souvent on a observé des phénomènes d'étranglement herniaire. Nous le notons 13 fois sur nos 34 observations. Il ne faudrait pas

croire cependant que l'étranglement soit beaucoup plus fréquent que dans les hernies ordinaires, mais la plupart de nos observations datent d'une période où l'on n'opérait que rarement les hernies ne présentant pas d'accidents.

Dans un sac herniaire gauche l'appendice, comme ailleurs, peut-il s'enflammer et réaliser les symptômes cliniques de l'appendicite. Cette appendicite herniaire est bien connue, mais a été étudiée jusqu'ici à peu près exclusivement à droite. Dans une étude très complète parue en août 1906 dans la *Revue Médicale de l'Est*, Marc Barthélemy étudie l'appendicite chez le vieillard. Sur 123 cas observés, 53 fois l'appendicite a évolué à l'intérieur d'un sac herniaire. Cette fréquence s'explique par les traumatismes constants que subit l'appendice dans une hernie et qui localisent plus facilement l'infection à son niveau. Il faut faire remarquer avec Barthélemy que, sur ces 53 cas, il y a eu 29 femmes pour 24 hommes seulement. La femme est donc beaucoup plus exposée que l'homme à l'appendicite herniaire, puisque chez ce dernier les hernies sont notablement plus fréquentes. Il faut aussi noter que, sur ces 29 femmes, 12 étaient âgées de plus de 70 ans. Deux d'entre elles, même, étaient octogénaires.

Nous avons recherché, dans nos observations, des cas d'appendicite herniaire à gauche, aucun n'est expressément signalé. Nous croyons cependant en avoir découvert un. Il s'agit de l'observation VII, de Geissler. Une femme de 70 ans (ce qui concorde bien avec les statistiques de Barthélemy) présentait une toute petite hernie en bissac, qui contenait exclusivement l'appendice. Cet organe était enflammé, ses parois épaissies, il présentait un rétrécissement. C'est bien là les caractères macroscopiques de l'appendicite avec même la cavité close, chère à M. Dieulafoy. Les symptômes et l'évolution furent bien ceux que fait prévoir la description de l'appendice : la femme mourut. Evidemment, il ne s'agis-

sait pas de hernie étranglée, puisque seul l'appendice était contenu dans la hernie, n'empêchant pas le cours des matières fécales, ne présentant aucune des lésions de nécrose caractéristiques de l'étranglement herniaire.

b) Diagnostic

Le diagnostic de la hernie cœcale gauche présente de grandes difficultés. On pourra cependant y songer chaque fois que la hernie sera très volumineuse et causera des troubles digestifs. Les auteurs décrivent habituellement une manœuvre qui peut faire faire le diagnostic. Il suffit de donner au malade un grand lavement avec une longue canule, le liquide remplit le gros intestin et partant la portion herniée du cœcum. La tumeur, de sonore qu'elle était, devient mate et plus volumineuse.

Ainsi fait le diagnostic est incomplet. Bien plus souvent on mettra ainsi en évidence les hernies de l'anse sigmoïde relativement fréquentes à gauche.

c) Pronostic

Le diagnostic des complications est encore plus difficile ; la hernie du gros intestin étranglée ressemble aux autres. Quant à l'appendicite herniaire, quoique d'une rareté extrême, elle n'est pas impossible, du moins en théorie. Si l'on a diagnostiqué la présence du gros intestin dans la hernie, on peut penser à l'inflammation de l'appendice, quand au milieu des symptômes d'étranglement le cours des matières fécales ne sera pas arrêté.

Le pronostic des hernies cœcales gauches est plus sérieux

que celui des autres hernies, elles sont volumineuses, font du malade un véritable infirme et sont enfin exposées à toutes les complications des grosses hernies.

Il est rare que les hernies cœcales puissent être maintenues complètement et constamment par un bandage, aussi faut-il les opérer si le malade n'est pas trop âgé.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

La technique opératoire a donné lieu à de nombreuses discussions et comprend une grande variété de procédés. Cependant, il faut remarquer que la cure radicale est beaucoup plus simple à gauche qu'à droite. Nous avons vu, en effet, que les hernies gauches ne présentaient pas de variétés à sac incomplet et sans sac. On opèrera donc comme les hernies ordinaires sans avoir recours aux procédés complexes décrits par les divers auteurs. La hernie sera réduite, le sac lié et sectionné, la paroi refaite avec soin par la méthode de Bassini ou un des procédés de reconstitution antifuniculaire.

Si l'on rencontre les adhérences charnues de Scarpa, il faudra évidemment se garder de les sectionner et les réduire en même temps que le cœcum hernié.

OBSERVATIONS

Observation Première

Méry, 1701

Dans les premières années que Méry passa à l'Hôtel-Dieu de Paris, il y mourut un vieillard qui avait une descente monstrueusement grosse. À l'autopsie, il ne trouva, dans l'abdomen, qu'un demi-pied d'intestin grêle, tout le reste était passé dans le côté gauche du scrotum. Le cœcum y était même descendu avec le commencement du côlon. En incisant le scrotum, il se présenta une première, puis une seconde membrane, qu'il examina. Pour mieux les reconnaître, il les désunit l'une d'avec l'autre, jusqu'à la partie charnue des muscles du ventre, où étant parvenu, il vit que la première était une continuité de l'aponévrose du muscle oblique externe, et la seconde une suite de celle de l'oblique interne.

Puis il parut encore une troisième membrane, qu'il détacha encore et reconnut comme prolongement de l'aponévrose du transverse, puis une quatrième, formée par l'extension du péritoine, dans la poche duquel étaient enfermés tous les intestins grêles.

Observation II

Bonn, 1828

Grande hernie inguinale double chez un vieillard, porteur d'une scoliose, qui consistait en une déviation de la colonne vertébrale vers le côté gauche, et du bassin vers le côté droit, en sorte que, par cette infirmité, le cœcum a évidemment été déplacé. Une incision des deux côtés du scrotum, énormément augmenté de volume, montra : à gauche, une partie de l'iléon avec le cœcum et son appendice, de même qu'une partie du côlon ascendant à droite, le côlon transverse, une partie du côlon descendant et une portion d'épiploon.

Observation III

Bonn, 1828

Hernie inguinale du côté gauche, qui descendait jusqu'à mi-hauteur de la cuisse, sur un cadavre féminin. Après incision sur la tumeur, on remarqua l'énorme sac herniaire en forme de poire, située dans l'aine gauche et descendant dans la grande lèvre gauche, comprimant fortement les parties génitales externes. Après incision longitudinale du sac, on y découvrit une grande portion de l'épiploon, une partie de l'iléon et du côlon, que l'on distinguait facilement de l'intestin grêle par sa surface bosselée ; ensuite le cœcum et son appendice. En enlevant davantage les parties énumérées, l'on constate que, même l'ovaire et la trompe du côté gauche, étaient descendus jusqu'au fond de la poche. Aussi l'utérus était dévié de sa place normale dans sa partie supérieure.

Observation IV

Lebert, 1838

Louis Clément, âgé de 78 ans, portait une hernie inguinale double, qu'il avait contractée par un effort à l'âge de 58 ans. Les deux hernies forment en apparence une seule tumeur, qui descend jusqu'aux genoux et mesure 90 centimètres de circonférence. Mort par pneumonie. L'abdomen étant ouvert, on introduit facilement les quatre doigts réunis à travers les anneaux inguinaux. Une incision sur les tumeurs traverse deux couches fibreuses, puis une membrane séreuse, expansion du péritoine, formant le sac herniaire, deux larges plaques cartilagineuses situées, l'une en arrière, l'autre en avant, au niveau desquelles l'intestin avait contracté des adhérences assez solides. Quant à la composition de la hernie proprement dite, elle était formée à gauche par le mésentère, la presque totalité de l'intestin grêle et le cœcum ; à droite, par une grande portion du gros intestin, le grand épiploon et le petit cul-de-sac de l'estomac.

Observation V

Splenger, 1851

Un garçon de cinq ans et demi, atteint de hernie inguinale congénitale, la maintient dès les premiers temps par un bandage. Malgré son application continuelle, la tumeur augmenta et prit la grandeur d'une bouteille de champagne. Déjà antérieurement, mais surtout depuis six mois, il y a de la constipation, les selles sont irrégulières ; vomissements,

douleurs abdominales etc. La tumeur devient irréductible ; l'opération parut indiquée. Dans le sac on trouva un énorme paquet d'intestin grêle le cœcum avec l'appendice adhérent au sac. Mort par péritonite.

Le cœcum avec l'appendice se trouvaient dans le sac herniaire à gauche. Le côlon ascendant était entièrement entraîné de sa place ordinaire et présentait un calibre diminué de moitié par la traction continuelle qu'exerçait sur lui le cœcum.

Observation VI

Geissler, 1867

Femme de 70 ans, cachectique, atteinte de hernie inguinale double ; à droite, petite hernie inguinale réductible ; à gauche, hernie inguinale en forme de sablier, dans le même état depuis 30 ans, entrant dans la grande lèvre gauche ; la tumeur intérieure, de la grosseur d'une noix, la supérieure du volume d'un œuf de pigeon.

Sensibilité de l'abdomen, surtout à la pression. Diarrhée et ballonnement du ventre. La tumeur gauche se laisse un peu refouler dans le canal inguinal.

Après trois semaines, la malade succombe.

Autopsie : Dans le canal inguinal gauche, l'on trouva l'appendice vermiforme à parois épaissies, avec un étranglement au milieu. Le cœcum était logé derrière la symphyse et remontait de là vers l'ombilic. Il avait contracté des adhérences cartilagineuses avec la paroi abdominale antérieure et l'intestin grêle ; son calibre était fortement augmenté.

Observation VII

Little, 1869

Little fait la kélotomie chez un enfant de 4 mois, atteint de hernie inguinale gauche, dans laquelle se trouva contenu le cœcum avec son appendice vermiculaire et une anse d'intestin grêle en état d'étranglement.

Réduction en soulevant le sujet par les jambes.

Mort le troisième jour après l'opération à la suite de diarrhée intense.

Observation VIII

Braddley, 1878

Un homme de 63 ans était déjà, depuis un assez long espace de temps, porteur d'une hernie scrotale du côté gauche. Il présenta tous les symptômes de l'étranglement. On fit des essais de réduction sans ouvrir le sac herniaire. Comme ces tentatives restaient inutiles, l'on incisa. Dans le sac herniaire on trouva, comme contenu, de nombreuses anses d'intestin grêle, le cœcum et le commencement du côlon ascendant.

Comme il s'écoula des matières fécales en essayant la réduction, sans que l'on pût trouver l'endroit de la perforation, on s'abstint de toutes autres manipulations.

L'autopsie montra que le lieu de perforation répondait à une ulcération qui se trouvait juste entre le cœcum et son appendice.

Observation IX

Steiger, 1879

Femme de 57 ans, présentant, à l'arrivée de M. Steiger (troisième jour de l'étranglement), des symptômes déjà graves. Il s'agissait d'une hernie inguinale gauche. L'opération lui montra, pour la première fois de sa vie, une hernie sans aucun sac. De la partie essentielle de l'intestin hernié (évidemment une hernie de Littre), partait une petite queue de forme cylindrique, dont le bout, formant cul-de-sac, était adhérent à l'intestin déplacé. Il y avait donc hernie inguinale gauche d'une partie du cœcum avec son appendice ; l'intestin avait bon aspect ; la réduction était facile ; à partir du quatrième jour, tout danger était exclu.

Observation X

Pfister, 1883

Pfister constata, sur le cadavre d'une femme de 41 ans, une tumeur herniaire partant de la grande lèvre gauche et s'étendant vers en haut dans la région inguinale. Elle avait la grosseur d'une tête. Après l'incision du sac herniaire, on y trouva une grande partie du côlon ascendant, le cœcum et son appendice, flottants à un long mésentère.

Les intestins étaient très mobiles et faciles à réduire.

La hernie était congénitale, n'avait jamais causé d'inflammation ou d'étranglement, ni même un inconvénient quelconque.

Observation XI

Vogt, 1883

Homme de 60 ans, atteint depuis de longues années d'une hernie inguinale gauche, qu'il n'a jamais maintenue par un bandage. Réduction possible. Il avait de temps en temps un malaise et des vomissements. Il mourut d'épuisement général, pas d'étranglement, après quelques jours d'observation.

Autopsie : Dans le sac herniaire, situé à gauche, se trouva le pylore très distendu ; une petite partie de l'intestin grêle, quatre travers de doigt environ ; le cœcum et le côlon jusqu'à l'S iliaque sont également dans le sac en même temps qu'une grande partie de l'épiploon.

Observation XII

Von Arx, 1886

Autopsie : Homme de 82 ans, avec xyphose très prononcée de la colonne vertébrale ; le bord inférieur des fausses côtes touche presque le bord supérieur du bassin. Hernie scrotale bilatérale qui atteint le tiers inférieur de la cuisse ; la tumeur a la grosseur d'une tête d'adulte. Dans le sac herniaire gauche, l'on constate, comme contenu, tout l'intestin grêle, et, derrière lui, le cœcum avec son appendice, ainsi que le commencement du côlon ascendant qui avait, avec le cœcum, une longueur de 20 centimètres. Cette partie (cœcum et côlon ascendant), était absolument libre et mobile dans le sac et présentait un long méso-côlon. Le reste du côlon

ascendant passait sur la vessie dans la direction de l'anneau droit, où il formait une tumeur herniaire droite, avec un morceau d'épiploon de la grosseur d'un poing. Il n'y avait aucune adhérence au sac. Les testicules étaient situés des deux côtés derrière le contenu de la hernie. La séreuse de tout le canal intestinal se trouvait considérablement épaissie.

Observation XIII

Bœckel 1889

Homme de 55 ans, affecté depuis cinq ans, à la suite d'une hernie scrotale gauche et n'ayant jamais porté bandage. La hernie qui ne lui avait guère causé d'inconvénients, les quatre premières années de son existence, et était restée réductible, commença, la cinquième année, à donner lieu à des douleurs dans le bas-ventre surtout après les repas. La grosseur considérable de la tumeur, son irréductibilité datant de la dernière année et les tiraillements douloureux lui ont fait rechercher le secours du chirurgien. M. le professeur E. Bœckel procède à la cure radicale le 5 septembre 1889. La hernie située dans la moitié gauche du scrotum présente un volume de la grosseur de deux poings. Tout essai de taxis échoue. Incision cutanée de 20 à 25 centimètres. Les parois du sac se trouvent épaissies ; on traverse un grand nombre de couches fibreuses avant d'ouvrir le sac. Elles sont fortement adhérentes les unes aux autres et doivent appartenir en partie aux aponévroses des muscles de l'abdomen ainsi qu'au péritoine pariétal. Les parties herniées sont formées par le cœcum avec son appendice et par le côlon.

Le cœcum proémine, dans le sac herniaire, par les trois quarts de sa circonférence, mais sa face postérieure, deve-

nue antérieure dans la hernie, n'est pas revêtue de péritoine. En essayant de le repousser dans le ventre, on est arrêté par les points de réflexion du péritoine, de sorte que M. Bœckel se décide à couper ce dernier, de chaque côté, tout le long de l'intestin hernié. Cependant le cœcum ne se laisse pas encore réduire ; il est trop volumineux pour franchir l'anneau inguinal. Il faut encore débrider largement ce dernier pour arriver à la réduction. Il s'agit maintenant de dégager le collet de ce sac, qui a été fendu doublement dans toute sa longueur, et de le lier pour obtenir une cure radicale. En cherchant à isoler circulairement le sac, on constate que sa moitié inférieure et interne est très épaisse, charnue, mollasse. M. Bœckel émet l'opinion qu'il s'agit de la vessie, ce qui est vérifié.

Cet épaississement de la partie postéro-interne du sac herniaire est formé par une partie de la vessie, non recouverte de péritoine. Après un nouveau débridement et la réduction du cœcum, la hernie vésicale se réduit aussi facilement. Chaque moitié du sac est liée isolément d'abord, puis ensemble, et le sac est réséqué. Sutures. Guérison.

Observation XIV

A. Broca, 1891

Autopsie : Homme âgé, disséqué en décembre 1888, porteur d'une grosse hernie bilatérale ; à gauche, hernie énorme de 30 centimètres de long ; à droite, hernie du volume du poing.

Dissection de la hernie gauche : le sac est facile à isoler en haut, mais en bas il y a des adhérences ; on arrive cependant à l'isoler complètement ; il est très mince. Le testicule

est situé à sa partie inférieure et à sa face postéro-interne. On a affaire à une hernie directe, située en dehors de la gaîne profonde du cordon. On trouve, sur le premier plan, 2 m. 10 d'intestin grêle avec son mésentère, le cœcum et 15 centimètres de côlon ascendant. A la jonction du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du sac, apparaît un pli perpendiculaire au grand axe de ce dernier. Ce pli ne fait pas tout le tour du sac. Il est très saillant (2 centimètres en avant et en dedans) ; en arrière il s'atténue peu à peu, et en dehors il est réduit à une bride étroite. Il est formé par la séreuse. Il est lisse et souple, et au premier abord il a fait penser à une hernie congénitale, mais elle se laisse déplisser quand on tire le sac au-dessus et au-dessous d'elle. Sur le tiers supérieur du sac on a pu isoler de la séreuse une membrane contenue avec le fascia tranversalis en haut et latéralement insérée à la partie inférieure du collet, sur la lèvre postérieure de l'arcade crurale.

L'adhérence inflammatoire unit au collet du sac la face interne du côlon ; elle se prolonge en arrière sur les parties voisines du mésentère iléo-cœcal ou plutôt iléo-colique. L'adhérence charnue naturelle unit le côlon au bord postérieur de l'anneau et elle forme un pli qui se prolonge vers la face antérieure du méso-côlon iliaque.

Derrière cette masse énorme formée par l'intestin grêle et le côlon ascendant, le côlon iliaque tout entier est hernié. En arrière et en dehors du collet, il est fixé par une adhérence charnue naturelle unie à la face postérieure de son méso. Toute la partie contenue dans le sac est absolument libre. De même le cœcum et le côlon ascendant sont libres de toute adhérence, tandis que l'intestin grêle contracte une adhérence au fond du sac, épaissi en ce point.

Dissection de la hernie droite ; hernie directe réductible

formée par le grand épiploon et le côlon transverse. Aucune adhérence.

La particularité intéressante consiste dans le repli valvulaire que la séreuse présente dans le sac gauche, repli formant une sorte de nid sur lequel repose le fond du cœcum, tandis que l'intestin grêle descend au-dessous. Au premier abord, cela ressemblerait beaucoup à un de ces diaphragmes dont Ramonède a fait la caractéristique des hernies péritonéo-vaginales. Or, il s'agit ici d'une hernie certainement acquise, puisqu'elle est directe, extra-funiculaire et entourée par le fascia transversalis refoulé.

L'adhérence naturelle n'existait qu'au collet, à 15 centimètres du cœcum. Il y avait donc 15 centimètres du côlon ascendant sans méso-côlon, fort libre par conséquent.

Observation XV

Broca

J... (Léon), âgé de 7 ans et demi, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 1er septembre 1897. Il a déjà été guéri d'une hernie inguinale droite.

Actuellement on remarque une tumeur scrotale très volumineuse, paraissant presque englober le testicule, mais restant cependant distincte de lui. Cette tumeur reçoit une notable impulsion à la toux.

La réductibilité se fait avec gargouillement, mais seulement d'une façon partielle. Il reste une portion d'intestin qu'on ne peut réduire.

Opération. — Cure radicale pratiquée le 7 septembre par M. Broca. On tombe sur un sac spacieux arrivant au contact de la vaginale, mais sans communiquer avec elle : il con-

tient le cœcum, l'appendice, la fin du côlon et de l'intestin grêle.

La partie inférieure du cœcum est réunie au fond du sac par des adhérences, de nature inflammatoire, assez lâches et pouvant être libérées avec l'ongle. On ne rencontre pas d'adhérence charnue naturelle. Une fois les adhérences rompues, la réduction s'opère facilement, malgré le volume des organes herniés.

Pendant les quelques jours qui ont suivi l'opération, l'enfant a de la bronchite et une température qui atteint 39° le second jour. Malgré cela, la plaie a évolué sans complication et il sort, complètement guéri, le 1er octobre 1897.

Observation XVI

Poncet, 1891

Homme de 64 ans, porteur depuis 18 ans d'une hernie inguinale gauche n'ayant jamais occasionné de troubles sérieux. Cette hernie était depuis longtemps incomplètement réductible. A la suite d'un accident de voiture, la hernie a augmenté de volume et elle est devenue plus difficile à réduire et à maintenir. Depuis trois jours, irréductibilité, constipation, vomissements bilieux. Malgré tout, l'état général est bon.

La hernie a le volume de deux poings, elle est sonore, molle, non douloureuse. Autour du pédicule se trouve un corps dur, du volume d'une noix, non douloureux, faisant corps avec la hernie.

A l'opération on reconnaît le cœcum à la partie postéro-externe de la hernie, qui contient, de plus, une courte portion du côlon ascendant et 15 à 20 centimètres d'intestin

grêle. Le sac entoure tous les viscères herniés. La petite tumeur provient de l'appendice vermiculaire, qui est réséqué, suture des piliers. Le malade a présenté du délire ; il est sorti de l'hôpital peu de jours après l'opération et a été perdu de vue.

La tumeur était constituée par un kyste stercoral et par la transformation lipomateuse diffuse du tissu conjonctif sous-muqueux de l'appendice.

Observation XVII

Monod, 1892

Homme de 55 ans, atteint depuis longtemps d'une hernie de la grosseur d'une tête d'enfant, siégeant dans la partie gauche du scrotum et causant de temps à autre à son porteur des tiraillements douloureux. Depuis plusieurs semaines, vomissements glaireux ou aqueux tous les deux ou trois jours.

Le 3 juillet 1892, à la suite d'un repas copieux, vomissements glaireux et bilieux, douleurs abdominales atroces. Le ventre se ballonne ; il est dur, peu sensible à la pression. La hernie augmente aussi de volume, elle est sonore. On porte le diagnostic de péritonite suraiguë, sans espoir de guérison. La mort survient en effet rapidement.

Autopsie : Perforation stomacale, péritonite. L'abdomen est presque vide d'intestins. Le sac de la hernie est facilement libéré. Il contient l'intestin grêle presque en entier, le cœcum et l'appendice, le côlon transverse, une partie du côlon ascendant le côlon descendant, l'S iliaque et le grand épiploon, atrophié, s'engageant dans un diverticule du sac.

Observation XVIII

Villeneuve, 1893

X..., âgé de 70 ans, est un ancien sous-officier d'Afrique, alcoolique et emphysémateux. Ce qui l'amène actuellement à l'hôpital, c'est une volumineuse hernie inguinale du côté gauche, qu'il porte depuis douze ans. Cette hernie est irréductible et descend à mi-cuisse. Elle occasionne à ce malheureux de telles douleurs qu'il vient réclamer une intervention à tout prix, menaçant de se suicider, si on la lui refuse.

M. le professeur Villeneuve n'entreprit cette intervention, qui lui paraissait à juste titre devoir être des plus pénibles et des plus graves, qu'après avoir, au préalable, essayé, pendant un mois et sans succès aucun, la compression élastique, méthodique, avec repos au lit et purgations fréquentes.

Quelques jours avant l'opération, le malade est mis au régime lacté et prend du naphtol et du salol à l'intérieur pour assurer son antisepsie intestinale. L'opération est pratiquée le 21 avril 1893. Vu l'état du poumon, l'anesthésie est faite localement à la cocaïne : on injecte cinq seringues d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 %.

L'incision de la peau est absolument indolore.

La recherche de l'orifice inguinal externe est assez difficile, car il se trouve notablement élevé au-dessus de l'arcade crurale, presque au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le trajet inguinal est incisé entre deux pinces ; le sac est ouvert ; l'épiploon est attiré au dehors. Il est bosselé, induré et adhèrent par places à l'intestin, du reste facilement libéré. Il est divisé en 4 faisceaux, lié et sectionné au thermocautère.

Le piquet d'épiploon enlevé pèse environ 360 grammes.

La hernie est constituée par cet épiploon et par le gros intestin presque en entier.

Le sac, libre, sauf en quelques points, manque en bas et en arrière.

Le cœcum prolabé a entraîné avec lui le péritoine pariétal postérieur, lequel forme en arrière un sinus descendant jusqu'au fond des bourses et distinct du sac proprement dit, dont le feuillet antérieur adhère au gros intestin.

Au cours des recherches pénibles qui ont conduit à reconnaître cette disposition exceptionnelle, le méso-côlon ascendant est déchiré sur une étendue d'environ 8 centimètres. Ses deux feuillets sont immédiatement suturés à la soie.

Le malade n'a jusqu'alors accusé aucune souffrance, mais à partir de ce moment il se plaint et se débat vivement.

Il faut lutter avec lui pour le maintenir.

Ce taxis est très long, particulièrement difficile et fort douloureux. Malgré les purgatifs qui ont été administrés, le rectum est plein de scybales dures. Il est entouré de grosses franges adipeuses, trop volumineuses et trop nombreuses pour pouvoir être enlevées. On arrive enfin, avec beaucoup de peine, à réintégrer dans l'abdomen toute la masse herniée. Le canal est soigneusement refermé par cinq anses doubles de fil de soie fort. Le sac a été, au préalable, repoussé en masse dans l'abdomen, vu l'impossibilité absolue où l'on se trouvait de le disséquer correctement, et le cordon mis à part avec la partie correspondante du sac.

Point de suture superficiels aux crins de Florence ; gros drain à la partie inférieure de la plaie.

La durée totale de l'opération a été de 1 heure 20 minutes, dont 20 minutes pour la réduction seule et 25 minutes pour les sutures et le pansement.

A noter que les sutures de la peau, faites plus d'une heure après l'injection de cocaïne, n'ont pas été senties par le pa-

tient. Il n'en a pas été de même, ainsi qu'on l'a vu, pour la section des parties profondes et pour le taxis.

Le soir, un peu de dépression ; température 37° ; pouls 100.

Le 22 avril, même état.

Le 23, l'opéré n'étant pas allé à la selle, on lui administre, sans résultat, du calomel et du julap.

Le 24, état stationnaire.

Le 25, lavement purgatif rendu tel quel.

Le 26, on constate un peu de congestion pulmonaire ; application de ventouses sèches.

Le 27, température 36°8 ; pouls 112 ; pas de selles, malgré un lavage d'estomac et un lavement d'eau de Seltz.

Le 28, la congestion pulmonaire a disparu.

Le 29 et le 30, pas de changement, le malade ne prend toujours que du lait.

Le 1er mai, lavement électrique sans succès.

Le 2, mort dans le coma.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation XIX

Courtin, 1893

Il s'agissait d'un homme de 62 ans qui était venu le trouver, porteur d'une grosse hernie inguinale gauche irréductible très douloureuse et dont l'apparition remontait à plus de 20 ans.

Après avoir porté un bandage, le malade, depuis longtemps, avait cessé d'en porter. Cette hernie le faisait souffrir et l'empêchait de gagner sa vie en travaillant la terre, il demandait qu'on l'opérât. Après avoir tenté inutilement le

taxis, n'arrivant pas à réduire, M. Courtin se décida à satisfaire les désirs du malade.

Le 22 septembre 1893 il l'opérait après avoir pris préalablement toutes les précautions antiseptiques, purgations répétées, régime lacté pendant plusieurs jours et usage du salol et du benzonaphtol à l'intérieur.

Après avoir incisé avec grande précaution la peau et le tissu cellulaire, il arriva sur la masse herniaire. Là il se trouva en présence de tissus indurés, dans lesquels il essaya, en disséquant avec grande précaution, de trouver le sac ; mais celui-ci était confondu avec son contenu, épiploon et intestin, qui formait un paquet informe. En essayant de libérer cet intestin enflammé et adhérent, il se produisit une fissure à l'intestin, qui laissa échapper du liquide intestinal. Une seconde tentative dans un autre endroit amena une lésion analogue. M. Courtin se décida alors à isoler le paquet tout entier, sac et contenu, ce qu'il réussit à faire jusqu'à l'anneau inguinal. A ce niveau le sac cessait d'adhérer, il put l'ouvrir et se trouva en présence d'une anse intestinale qu'il attira hors du canal inguinal. Il fit aussi sortir de ce canal deux portions d'intestin sain, sur lesquelles il plaça deux longues pinces entourées de tubes de caoutchouc. Au-dessous des pinces, il coupa toute la partie d'intestin qui se trouvait dans le sac herniaire, qui était altéré, blessé, et qu'il ne pouvait songer à réduire dans un pareil état. Il vit alors qu'il avait placé ces pinces sur le gros intestin, d'une part, et sur l'intestin grêle, de l'autre. La tumeur herniaire était donc formée par le cœcum, dont il retrouva le cul-de-sac avec l'appendice dans la partie réséquée.

Pendant que les pinces retenaient l'intestin, il procéda à l'ablation de toute la tumeur herniaire, ainsi séparée du reste de l'intestin.

Ceci fait, après lavage au sublimé, il fermait l'extrémité du

gros intestin par un triple étage de sutures muco-muqueuses, musculaires et séro-séreuses. Le gros intestin ainsi fermé, il pratiquait avec les ciseaux une petite fenêtre sur la partie latérale gauche du côlon, à deux centimètres au-dessus du cul-de-sac colique, et abouchait le bout de l'iléon par cette ouverture dans le côlon. Cet abouchement fut fait au moyen d'un triple étage de sutures, sans employer le bouton de Murphy.

Ayant ainsi refait un cœcum et un abouchement de l'intestin grêle dans celui-ci, après lavage au sublimé, il refoula le tout dans la cavité abdominale. Il décollait ensuite le péritoine dans le trajet inguinal, aussi haut que possible, fermait celui-ci par deux ligatures enchaînées au catgut, et retrouvait le pédicule obtenu par des sutures de Barker.

Par des sutures profondes et superficielles des parties fibreuses et molles, d'après la méthode de Lucas-Championnière, il finit l'opération, et après pansement antiseptique il remit le malade dans son lit.

Le pouls est petit. On lui fait boire, toutes les heures, une potion de 120 grammes contenant XIV gouttes de laudanum.

Le lendemain l'état général était remonté, la température était normale. Pendant les six premiers jours le malade ne prend que sa potion laudanisée, un peu de glace et un peu de lait. A partir du septième jour, le malade demande à manger. Le dixième jour, abondante évacuation naturelle. Le deuxième jour, bouillon, œufs.

Au dix-neuvième le malade prend l'alimentation réglementaire, légumes, potages. 20 jours après son opération, il sortait de l'hôpital guéri.

Depuis, M. Courtin a eu des nouvelles de son malade, qui, deux ans après son opération, lui écrivait que les déjections et les fonctions intestinales s'exécutaient régulièrement.

Observation XX

Esprit, 1895

Le 25 août 1895 est amené à l'hôpital de Tizi-Ouzou, un enfant Kabyle de 3 ans, porteur d'une hernie étranglée inguino-scrotale gauche .La hernie, après s'être montrée à différentes reprises depuis quatre mois et s'être laissé réduire chaque fois, s'est reformée il y a huit jours et ne s'est pas modifiée depuis. Cette hernie a environ le volume du poing. La peau qui la recouvre paraît amincie par la distension. Sa forme est bilobée ; la portion scrotale piriforme se continue avec une autre saillie cylindroïde qui occupe le canal inguinal et qui paraît translucide. Sa consistance est uniforme, plutôt rénitente que fluctuante. La percussion dénote une sonorité manifeste au niveau de la saillie inguinale et presque tympanique dans la portion antéro-supérieure de la tumeur scrotale, le reste étant mât. On porte le diagnostic d'hydro-entérocèle, de nature probablement congénitale. L'opération est pratiquée le lendemain. A l'ouverture du sac il s'échappe deux cuillerées environ de liquide citrin. On trouve d'abord le cœcum avec son appendice, couché sur son côté interne. L'anse intestinale est très distendue, elle est un peu congestionnée. A son côté gauche se trouve un repli mésentérique avec deux ou trois ganglions inclus dans son épaisseur. Au-dessus de l'appendice apparaît la terminaison de l'iléon.

La cavité du sac occupe toute la hauteur du scrotum à gauche; à la partie inférieure, mis à découvert par l'incision, se trouve le testicule ; il est accolé à la paroi inférieure du sac, mais en dehors de la cavité ; le cordon est situé sur la partie postéro-externe de la paroi du sac.

L'orifice externe du canal inguinal admet le doigt, toutefois l'anse herniée était tellement disendue par les gaz que, pour la réduire, il fallait insérer cet orifice externe et une portion du trajet inguinal. A noter l'absence d'adhérence charnue naturelle. Cure radicale ; guérison.

Observation XXI

Queirel, 1888

P. G..., âgé de 56 ans, portait depuis de longues années une hernie inguinale gauche, devenue douloureuse et ayant considérablement grossi. Elle était du reste insuffisamment maintenue par un suspensoir.

Cette tumeur herniaire, du volume d'une tête d'adulte, arrivait à mi-cuisse, elle n'était qu'incomplètement réductible.

A l'opération, M. le professeur Queirel constata que la hernie, contenue dans un sac, était constituée par une masse d'épiploon qui fut réséquée, par l'intestin grêle, le cœcum avec son appendice et le côlon ascendant. Le sac fut assez difficile à disséquer à cause des adhérences, et la hernie fut réduite. Cure radicale avec guérison.

Observation XXII

Potherat

Un homme de 50 ans entre dans mon service (M. Potherat), à la Maison municipale de santé, pour une hernie inguinale du côté gauche, dont il me demandait la cure radicale. Cette hernie ancienne n'avait jamais été maintenue par un bandage

et elle avait pris un tel développement qu'au premier examen on pouvait affirmer qu'elle devait contenir une quantité importante de viscères intestinaux, car elle avait un volume notablement supérieur à celui d'une forte tête d'adulte. Elle ne pouvait être réduite, même partiellement, non à cause de ses adhérences, que rien ne faisait par ailleurs prévoir, mais plus probablement en raison même de son volume. Elle était partout sonore à la percussion.

Opération, il y a 3 jours. Masse considérable d'intestin grêle non adhérent, que je réduisis facilement et peu à peu après élargissement de l'orifice pariétal de l'abdomen ; bientôt il avait en totalité disparu et j'arrivai sur une masse intestinale facilement reconnaissable comme étant le gros intestin. Il occupait la partie supérieure et interne du sac. Je pus rapidement en faire le tour complet avec mon doigt et constater qu'il était libre, puis je ramenai à moi l'appendice et le cœcum.

Cure radicale sans rien de particulier.

Observation XXIII

Renault, 1898

L. A..., âgé de 2 ans. Sans antécédent herniaire, est amené à l'hôpital pour diarrhée, fièvre, amaigrissement. Il est porteur d'une hernie inguinale gauche réductible facilement, mais se reproduisant de même. A son entrée il ne présente aucun signe morbide, pas de diarrhée, pas de ganglions, rien aux poumons. Le jour suivant la surveillante s'aperçoit que la hernie, jusque-là réductible, ne rentre plus. Elle est tendue, douloureuse, et la peau qui la recouvre commence à rougir. L'enfant ne vomit pas, avait eu une dernière selle le matin ; il est en bon état et demande même à manger.

Le surlendemain l'enfant tombe subitement dans le collapsus. La hernie devient irréductible. Bains chauds, taxis, sans succès. Piqûres d'éther. On le passe mourant au chirurgien. En présence de l'état précaire de l'enfant, M. Broca se contente de faire une manœuvre légère et courte de taxis ; la hernie se réduit facilement. Mais l'enfant meurt dans le collapsus.

A l'ouverture de l'abdomen, il n'y a pas trace de péritonite. Le sac herniaire est inhabité, mais en examinant l'intestin on voit, à trois centimètres de la terminaison de l'iléon, une anse intestinale qui est congestionnée sur une longueur de 7 centimètres. Sa coloration est violacée et s'arrête nettement par une ligne circulaire à chaque extrémité. Les vaisseaux sont gorgés de sang ainsi que ceux du coin mésentérique qui tient à cette portion d'intestin.

De plus, une partie de l'appendice, qui est très long, a été comprise évidemment dans l'étranglement, car son extrémité terminale, sur une longueur de 3 centimètres, offre les mêmes caractères que ceux de l'intestin. Aucun corps étranger n'y est contenu.

Observation XXIV

Tariel, 1894

F. G..., âgé de 4 ans, entre le 23 mars 1893 à l'hôpital Trousseau. Il n'y a rien de spécial dans les antécédents héréditaires.

C'est à l'âge de cinq mois qu'on a remarqué la présence d'une hernie inguinale gauche. On fait porter un bandage jusqu'à l'âge de 3 ans. A ce moment la hernie ne sortait plus, mais celle-ci reparaît de nouveau à la suite de quintes de toux provoquées par la coqueluche.

Actuellement il y a un peu de liquide dans la vaginale, et le testicule ne descend pas jusqu'à la racine des bourses. A droite, au contraire, le testicule est bien descendu. Il n'y a pas de hernie, mais l'anneau externe est assez large pour admettre l'index.

Opération. — La cure radicale est faite le 11 avril ; au-dessus d'une hydrocèle biloculaire on trouve un sac complet, au fond duquel adhère l'appendice iléo-cœcal.

Les fils sont enlevés le 19 avril et l'enfant sort guéri le 7 mai 1893.

Observation XXV

Hügel, 1898

« Nouveau cas avec autopsie. Enfant de 4 mois observé à Strasbourg dans le service de Bœckel. L'auteur insiste surtout sur la longueur tout à fait anormale du méso-côlon et du méso-cœcum. Le sac contenait le cœcum, l'appendice, une partie du côlon et une anse d'intestin grêle. »

Observation XXVI

Camper, 1762

Anno MDCCLXI die XVI januarii Amsteladami in theatro chirurgico herniam duplicem inguinalem in obesissimi senis cadavere demonstrabam.

Sinistram, decem pollices longam et quinque amplam tenua partim cum pinguedinoso, mesenterio occupabant, cœcum una cum appendice vermiformi annulum sinistrum ingressa erant, non quia transposita viscerum locum habebat, sed quia uti jam dixi, tenuium intestinorum pondus reliquum pe-

ritonœum, atque ideo etiam cœcum, in sinistrum inguem coegerat. Dextra hernia nihil præter omentum compactum continebat.

Observation XXVII

Estor

P. F..., âgé de 16 mois, entre à l'hôpital Suburbain le 7 juillet 1906, dans le service de M. Estor.

On s'est aperçu de l'existence d'une hernie à l'âge de 4 mois. L'enfant a, depuis lors, porté un bandage. Depuis deux jours, la hernie ne rentre plus. L'enfant est allé, pour la dernière fois, à la selle le 6 juillet à 4 heures du soir. Quatre ou cinq vomissements la nuit suivante. Pas de vomissements le matin. Respiration normale. Pouls 100.

Volumineuse hernie inguino-scrotale gauche étranglée. Le 7 juillet 1906, à 2 heures de l'après-midi : kélotomie. Nous trouvons dans le sac herniaire le cœcum et l'appendice. Il n'existe pas de sillon de constriction au niveau du pédicule de la hernie, ni d'adhérences entre les viscères et le sac. D'autre part, l'appendice ne présente pas de signe d'inflammation et nous ne nous trouvons pas en présence d'une appendicite herniaire.

Nous pensons qu'il s'agit d'un engouement herniaire qui aurait très probablement dégénéré en véritable étranglement si l'opération n'avait pas été prévue. Le sac contenait un peu de liquide clair. Cure radicale. Réunion par première intention. L'enfant sort guéri.

Les autres observations se trouvent en résumé dans le mémoire de M. Estor (*Revue de chirurgie*, 1902) et dans notre tableau.

Les 21 premières sont empruntées pour la plupart à la Revue générale de Pujol dans la *Gazette des Hôpitaux*.

TABLEAU SYNTHÉTIQUE

OBSERVATIONS	AGE	SEXE	CONTENU	ÉTRANGLEMENT	VOLUME
y (1701)	Vieillard	M	cœcum et côlon		Extr. grosse
per (1762)	Id.	M	cœcum et I. grêle		grosse
n (1828)	Id.	M	Id.		grosse
n (1828)	Id.	F	cœcum et ovaires et trompes		descendant à mi-cuisse
ert (1838)	78 ans	M	cœcum et iléon		id.
nger (1851). . . .	5 ans 1/2	M	id.		
sler (1867)	7 ans	F	appendice		petite
e (1869).	4 mois	M	cœcum, append. et I. grêle.	oui	
lley (1878) . . .	63 ans	M	cœcum et iléon	oui	
er (1879)	57	F	cœcum et appendice	oui	
er (1883)	41	F	côlon ascend., cœc. et iléon.		tête
(1883)	60	M	iléon, pylore, cœcum et côlon jusqu'à l'S iliaq.		
Arx (1886) . . .	81	M	iléon et cœcum		tête
kel (1889)	55	M	côlon et cœcum		2 poings
n 1891).	Agé	M	I. grêle, cœcum, 15 cent. côl. ascend., côl. iliaque.		50 cent. de long
et (1891)	64 ans	M	cœcum et 15 à 20 cent. d'I. gr.		2 poings
d (1892)	55	M	I. grêle, cœcum et append.		tête d'enfant
neuve (1893) . . .	70	M	presque tout gros intestin		jusq. mi-cuis.
in (1893)	64	M	I. grêle et cœcum		
t 1895)	3	M	cœcum et une anse d'I. grêle	oui	poing
el (1888)	56	M	I. grêle, cœc. et côlon ascend.		tête d'adulte
nthal (1892) . . .	3 semain	M	I. grêle et cœcum	oui	
ler Hœden (1892).	14 mois	M	I. grêle, cœcum et append.	oui	
(1894).	2 ans	M	I. grêle et parties de l'append.	oui	
(1894).	16 mois	M	cœcum et appendice	oui	
am Colley (1895).	1 an	M	id.		
(1898)	15 mois	M	I. grêle et cœcum	oui	
(1900)	15 mois	M	cœcum et appendice	oui	
de Méd. de Nantes	4 mois	M	id.	oui	
lt (1898)	4 ans	M	appendice		
lt 1898) . . .	3 ans	M	cœcum et appendice, côlon et I. grêle		
rat	50 ans	M	beaucoup d'I. grêle, cœcum et appendice		
n 1896)	62	M	cœcum et intestin		
. . . . .	4 mois	M	cœcum et appendice	oui	

CONCLUSIONS

a) Nous avons pu réunir 34 observations de hernies cœcales à gauche.

b) Elles se rencontrent surtout chez l'enfant et le vieillard.

c) Si, dans l'immense majorité des cas, elles sont consécutives à des hernies de l'intestin grêle, elles peuvent cependant être primitives, grâce à une position basse du cœcum et de l'appendice.

d) Elles évoluent cliniquement comme de grosses hernies et présentent, comme complication : l'étranglement assez souvent et peut-être l'appendicite herniaire.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 17 Novembre 1906
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 16 Novembre 1906
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

BARTHÉLEMY (M.). — Revue médicale de l'Est, 15 août 1906.
BRADDLEY. — Med. Times and Gaz., 1878.
BROCA (A.). — Hernie du cœcum à gauche. Bull. Société Anatomique, 8 octobre 1891.
CHERYAN. — Journal de la Société de médecine de Nantes, 1837.
COURTIN. — Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, p. 18, t. XII, 1893.
— Gazette des Hôpitaux de Toulouse, 1894.
— Journal de médecine de Bordeaux, 1894.
— Société de chirurgie, 1896.
DUBAR. — Bulletin médical du Nord, 1894.
DUJON. — Arch. prov. de chirurgie, juillet 1900.
ÉSPRIT. — Dauphiné Médical, décembre 1895.
HUGEL. — Gaz. Méd. de Srasbourg, 1898.
HEDRICH. — Etude sur la hernie inguinale du cœcum à gauche. Gazette médicale de Strasbourg, 1887.
IONNESCO. — Progrès médical, 1824.
JOSSERAND (G.-N.). — Lyon médical, 3 janvier 1892.
JAYLE. — Bulletin de la Soc. Anat., 6 janvier 1893.
KLEIN. — Uber die cuïssern Brüche des proc. Dissert. Giessen, 1868.

Lambert. — Nouveau Montpellier Médical, 5, VIII, 1906.
Legueu. — La situation du cœcum chez l'enfant. Bulletin de la Société anatomique, 1892.
Longuet. — Progrès médical, octobre 1906.
Lebert. — Journal méd. chir., 1838.
Little. — The New-York Record, 1869.
Mérigot de Treigny. — Etude sur les hernies du gros intestin. Thèse de Paris, 1886-1887.
Pfister. — Uber anat. and therap. Disser., Zurich, 1883.
Pujol. — Gazette des Hôpitaux, 10 mars 1896 et 3 octobre 1896.
Renault. — Thèse de Paris, 1894.
Silhol. — Marseille Médical, juin 1906.
Silcock. — Brit Med. Journal, février 1898.
Splenger. — Deuts. Kin, 1831.
Geissler. — Zeit. Med. chir. und Jebûrt.
Tuffier. — Archives générales de médecine, 1887.
Von Arx. — Corresp. Bl. f. chir. Arzte, 1886.
Van der Hoeden. — Neder. Tidjsechr. voor Genusk., 1892.
Vogt. — Munich med. Wochens., 1884, n° 26.
W.-B. Colley. — The Amer. Journal of The Medical Soc., mai 1895.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !